

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André MARCOU

Né à Savy (Aisne), le 29 mai 1897

LES MANIFESTATIONS URINAIRES

DANS LE

CANCER DU RECTUM

Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

18

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André MARCOU

Né à Savy (Aisne), le 29 mai 1897

LES MANIFESTATIONS URINAIRES

DANS LE

CANCER DU RECTUM

Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER.

LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale,	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale,	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique'.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimental¹⁰
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERRER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale;

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MES FRÈRE ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE REIMS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique urologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*En hommage respectueux pour
l'honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de notre thèse.*

LES MANIFESTATIONS URINAIRES

DANS LE

CANCER DU RECTUM

HISTORIQUE

La possibilité de complications urinaires au cours de l'évolution des différentes variétés de cancer du rectum est connue depuis longtemps et Schenckuis de Fribourg signala l'envahissement et la perforation de la vessie à l'autopsie de Pierre de Schardos, médecin de l'époque, mort d'un cancer du rectum, chez lequel on avait été frappé par l'existence d'une fécalurie.

En France, ces troubles furent signalés pour la première fois par Chopart, puis par Tavignot.

La thèse de Blainquinque (Paris, 1870) étudiant les fistules colo-vésicales signale quelques observations de fistules recto-vésicales, d'origine cancéreuse, puis Putegnat et Harrisson rapportent des cas analogues.

En 1897, Chavannaz étudie les fistules vésico-intestinales acquises de l'homme et en 1898, Tuffier celles de la femme.

Pascal résume ces travaux dans sa thèse.

Dans leur « chirurgie du rectum » Quénu et Hartmann insistent sur les troubles urinaires observés au cours de cette affection.

En 1908, Papin étudie plus spécialement l'anurie compliquant l'évolution du cancer du rectum qui avait fait le sujet de la thèse d'Uteau.

Enfin, Bérard et Murard publient en 1912 leur travail d'ensemble sur les complications urinaires survenant au cours de l'évolution du cancer du gros intestin en général.

Plus récemment, Chalié et Mondor insistent sur ces complications dans leur ouvrage sur le cancer du rectum (1923).

MÉCANISME

Les rapports entre le rectum et l'appareil urinaire sont surtout intimes chez l'homme où ils sont presque immédiats, alors que chez la femme ces deux systèmes sont séparés par l'utérus et le vagin.

La face antérieure du rectum est tapissée par le cul-de-sac péritonéal vésico-rectale, se prolongeant en bas par l'aponévrose prostatopéritonéale de Denon-Villiers. Au-dessous de cette dernière, se trouve le triangle recto-urétral où viennent s'intriquer les différentes fibres musculaires de la région et en particulier le muscle recto urétral dont la section transversale permet de faire bailler le triangle au cours de l'amputation du rectum par voie périnéale.

L'ensemble de ces trois formations constitue une zone très mince qui sépare le rectum de la vessie, de l'urèthre, des vésicules séminales et des lobes prostatiques.

Chez la femme, l'infiltration cancéreuse de la vessie est nécessairement précédée de l'envahissement vaginal.

La fusée cancéreuse latérale qui est le mode d'ex-

tension le plus fréquent explique l'envahissement du tissu celluleux de la gaine hypo-gastrique qui est alors le siège d'un œdème inflammatoire, c'est par cette voie latérale que les bourgeons néoplasiques gagnent les parois vésicales dont les tuniques s'infiltrant et s'ulcèrent, créant la fistule vésico-rectale et ouvrant la porte à l'infection du cancer.

Cette fistule siège dans la règle à la base de la vessie : mais dans certains cas du cancer du rectum haut situé, l'envahissement peut se faire par voie péritonéale et la fistule s'ouvre à la face postérieure du dôme vésical.

Particulièrement important, est l'envahissement progressif de l'uretère. Les rapports de l'uretère pelvien avec la face latérale du rectum diffèrent chez l'homme et chez la femme. Chez la femme le bassin est large et les uretères plaquées à leur origine pelvienne contre la paroi présentent un trajet plus oblique que chez l'homme et glissent très en avant du rectum dont ils sont séparés par le vagin. Aussi, chez la femme la propagation urétérale du cancer se fera par l'intermédiaire du tissu conjonctif sous-péritonéal.

Chez l'homme, les rapports entre l'uretère et le rectum sont beaucoup plus intimes et les organes ne sont séparés que par le fond de la vésicule séminale.

Si bien que chez lui, la propagation se fait le plus souvent directement.

Les lésions urétérales trouvées à l'autopsie ou au cours de l'intervention sont variables.

L'uretère peut être comprimée par la gangue inflammatoire que constitue le tissu cellulaire œdématisé de l'espace pelvi-rectal supérieur ;

Il peut également être écrasé par une adénopathie inflammatoire simple ou cancéreuse ;

Il peut être envahi par propagation directe du néoplasme à ses parois ou présenter des noyaux métastatiques secondaires qui obturent sa lumière.

Ces différents mécanismes sont signalés dans un certain nombre d'observations où le malade présentait de l'anurie ou une hydro-néphrose. Cet envahissement de l'uretère est beaucoup plus fréquent dans les cancers de l'ampoule et dans les cancers recto-sigmoïdiens que dans les cancers ano-rectaux où il est l'exception.

La compression des nerfs du plexus hypogastrique dont les troncs communs à l'origine vont se ramifier dans le rectum et dans la vessie expliquent la possibilité de troubles réflexes, telle la rétention d'urine sur laquelle Hartmann a insisté.

Toutes ces données expliquent la fréquence des manifestations urinaires au cours de l'évolution des différentes variétés du cancer du rectum.

Mais, il importe de signaler la possibilité de lésions au cours de l'intervention. On peut être amené à réséquer pour des raisons de technique une tranche vésicale envahie ou un lobe prostatique.

Les blessures de l'uretère ou de l'urèthre seront parfois inévitables.

Ce sont ces complications opératoires qui sont à la base de la plupart des lésions post-opératoires que l'on peut résumer en deux groupes :

Les lésions infectieuses : cystite et infection rénale.

Les lésions mécaniques : fistule vésico-intestinale.

ÉTUDE CLINIQUE

Les complications urinaires que l'on peut observer au cours d'un cancer du rectum peuvent être divisées en trois chapitres :

Les complications évolutives ;

Les lésions opératoires ;

Les complications post-opératoires.

CHAPITRE PREMIER

COMPLICATIONS ÉVOLUTIVES

§ I. — Troubles mictionnels.

Les troubles mictionnels constituent à leur degré le plus léger la traduction d'une réaction vésicale survenant au cours de l'évolution d'un cancer du rectum.

Deux cas sont possibles. Dans un premier groupe de malades, ils passent au second plan et sont associés à un syndrome recto-cancéreux évident qui domine le tableau clinique. Chez d'autres malades, ils peuvent passer au premier plan, les signes intestinaux étant estampés ou même inexistants : ce sont les *formes urinaires du cancer du rectum* et une rétention d'urine réflexe peut être le premier symptôme d'un cancer latent du rectum.

Ces troubles de la miction se rapprochent de ceux que l'on constate au cours de l'hypertrophie de la prostate et réalisent le « syndrome pseudo-prostatique du cancer du rectum » (Bernard).

Ils sont essentiellement représentés par la pollakiurie diurne et nocturne, la dysurie au début pendant et à la fin de la miction et à leur degré le plus marqué par la crise de rétention aiguë.

Tous ces troubles sont généralement associés. Il faut leur ajouter le signe de Chalié : lorsqu'un malade atteint de cancer du rectum veut uriner, il n'est pas rare de voir se produire simultanément avec la miction une petite défécation involontaire où l'issue de quelques glaires sanguinolents par l'anus. Ce phénomène n'est que la conséquence de la difficulté éprouvée par le malade à uriner qui contracte violemment sa vessie et exprime ainsi le rectum.

Quelle est la valeur de ces petits signes urinaires ? Survenant au début, ils traduisent non pas tant une extension à la vessie ou au col vésical qu'une compression nerveuse ou un simple œdème inflammatoire. Ils ne présentent donc par eux-mêmes aucun pronostic et *a fortiori* une contre-indication opératoire. Survenant à la période d'état, ils constituent alors le plus souvent un signe grave d'extension et d'inopérabilité.

Ces troubles sont signalés dans un grand nombre d'observations résumées pour la plupart dans la thèse de Chalié.

OBSERVATION I (Villard)

Cancer sus-ampullaire de la paroi antérieure du rectum.

Avril 1902. — Mictions douloureuses.

3 juin 1902. — Fistule recto-vésicale avec fécalurie et pneumaturie.

6 juin 1902. — Anus iliaque gauche.

10 juin 1902. — Mort.

OBSERVATION II (Jaboulay)

Cancer ulcéré de la paroi antérieure du rectum.

Le malade présente de petits troubles urinaires : douleurs en fin de miction : pollakiurie.

18 juin 1903. — Amputation de Lisfranc.

28 juillet 1904. — Récidive inopérable envahissant le triangle recto-urétral avec adhérence à la prostate et à l'urètre.

§ II. — La cystite.

Précédée le plus souvent de petits troubles mictionnels, qui vont en s'accroissant, elle est la traduction de l'infiltration cancéreuse de la paroi vésicale. Sa symptomatologie banale est celle de toute cystite. Le malade accuse une douleur hypogastrique violente calmée par le repos, exagérée par la station debout et la marche et qui s'exacerbe au moment des mictions pour acquieser son maximum d'intensité à la fin de la miction.

Cette douleur s'accompagne de pollakiurie fréquente : les mictions répétées ne donnent lieu qu'à l'évacuation d'une quantité minime d'urine trouble et souvent sanglante.

Chez un tel malade il importe de pratiquer toutes les fois qu'il est possible une *cytoscopie*. Cette dernière est en général très difficile par suite de la

diminution de la capacité vésicale et du suintement purulent de ses parois : dans les cas faciles, elle permettra de préciser le siège de l'envahissement cancéreux et sera ainsi d'un secours important pour préciser les indications opératoires.

Le pronostic d'une telle cystite est grave car elle expose à l'infection rénale et aboutit généralement à la constitution d'une fistule qui ne fait que l'aggraver.

§ III. — La fistule recto-vésicale.

Succédant anatomiquement à l'envahissement de la vessie, par la tumeur cancéreuse, elle succède cliniquement à la cystite. Ses symptômes urinaires évidents emportent le diagnostic et dans les cas typiques, elle se manifeste par une triade symptomatique :

L'urine trouble s'épaissit et prend une odeur fécaloïde ;

La pneumaturie pendant ou entre les mictions est un symptôme caractéristique ;

Enfin, l'urine s'évacue en partie par l'anüs.

Dans certains cas la fistule est petite, la pneumaturie n'existe pas et la fécalurie microscopique ne peut être décelée que par l'examen du sédiment urinaire qui révèle la présence de matières intestinales. Les injections rectales de bleu de méthylène sont en pareil cas d'un grand secours.

Une telle fistule siège le plus souvent à la partie postérieure de la vessie et complique surtout les

cancers haut situés du rectum qui envahissent de préférence la région du trigône vésical. C'est une complication grave qui exagère la cystite préexistante, expose le malade à l'infection rénale ascendante et entraîne une déchéance rapide de l'organisme.

Il est exceptionnel qu'une telle lésion n'entraîne pas une contre-indication opératoire. Bien souvent, on devra se contenter d'un anus iliaque gauche qui offre d'ailleurs le grand avantage de traiter à la fois la cystite et la fistule qui sont très améliorées par cette intervention palliative permettant dans certains cas favorables, malheureusement très rares, de pratiquer une cure radicale secondaire.

OBSERVATION III

La première fistule recto-vésicale qui ait été signalée est celle que découvrit Schenkuis à l'autopsie du médecin Pierre de Schardos, mort d'un cancer du rectum, qui avait présenté de son vivant une fécalurie secondaire à une fistule siégeant au niveau du col vésical.

OBSERVATION IV

(In Bérard et Murard, *Lyon chirurgical*, 1^{er} janvier 1912.)

Il s'agit d'un malade âgé de 50 ans chez lequel on avait constaté l'existence d'une tumeur siégeant à la jonction recto-sigmoïde.

Trois mois après l'apparition des hémorragies rectales, surviennent des phénomènes de réaction vésicale avec polakiurie et dysurie.

Quatre mois après, l'urèthre laisse échapper des gaz intestinaux ; l'urine acide laisse déposer un sédiment brun. Les mictions sont extrêmement douloureuses et toute l'évolution est entrecoupée de crises transitoires de rétention aiguë d'urine.

Puis l'urine prend l'aspect de la purée de pois et laisse déposer un sédiment très épais et verdâtre. Chez ce malade on pratique un anus iliaque gauche et quatre jours après les matières ont presque complètement disparu de l'urine, les douleurs sont très diminuées et l'intestin mis au repos dans sa portion rectale est beaucoup moins irritable.

Mort un mois après.

§ IV. — **Hydro-néphrose.**

Des observations telles celles de Schoening et celles d'Hartmann ont montré que la compression et l'oblitération des uretères vérifiées à l'autopsie est un fait indiscutable et pour Hartmann « la compression de ces conduits est peut-être moins exceptionnelle que ne le ferait supposer la rareté des documents ; il faut bien reconnaître que la plupart des autopsies de cancer du rectum publiées sont fort incomplètes. »

Cette hydro-néphrose siège le plus souvent à gauche et le fait ne saurait étonner si l'on se rappelle la fréquence de la déviation gauche du rectum (Papin).

Elle est le plus souvent latente, d'installation progressive, ne se manifestant par aucun symptôme.

douloureux, et unilatérale au début, elle peut devenir bilatérale entraînant une anurie progressive. Il faudra toujours la rechercher systématiquement par la palpation avant d'opérer un tel malade, enfin le cathétérisme urétéral permettra de dépister les petites hydro-néphroses latentes.

OBSERVATION V (Quénu et Hartmann)

Cancer massif du rectum, compression des uretères, hydro-néphrose double.

G..., 43 ans, entre le 3 mars 1896 à l'hôpital Bichat.

Rien à noter dans les antécédents.

L'affection rectale s'est manifestée au mois d'août 1895, par la formation d'un abcès au niveau de la marge de l'anus. Depuis la même époque, le malade remarque qu'il a des garde-robes petites, fréquentes et douloureuses, donnant issue soit à des matières, soit à du sang. Cet écoulement sanguin augmente à partir du mois d'octobre ; comme en même temps le malade est affaibli, souffre dans la région anale, il entre en mars 1896 à l'hôpital.

On constate en avant et à gauche de l'anus une cicatrice, trace de l'incision de l'ancien abcès avec un orifice fistuleux persistant. En dépliant l'orifice anal, on trouve une série de plis, épais, plus profondément dans le canal anal, à droite et en avant surtout, on trouve des saillies allongées, rigides, ulcérées, s'enfonçant dans la profondeur. Le doigt ne peut franchir les parties rétrécies.

Dans les deux aines existent une série de petits ganglions durs, roulant sous le doigt.

Le malade souffre d'une manière presque constante ; il évacue par l'anus des matières liquides et glaireuses et a même des écoulements sanguins abondants, amaigrissement considérable.

Urines : 1.500 grammes ; acides, D = 1.021.

Urée, 7,68 par litre ; albumine 0,25 par litre.

9 mars. — Incision du trajet fistuleux par M. Hartmann. Les lésions remontent à une hauteur telle qu'on ne peut les franchir par une rectotomie.

11 mars. — Anus iliaque gauche par M. Hartmann.

Le 25 mars, en faisant le pansement on constate qu'au niveau de l'anus artificiel existent de petites végétations pédiculées sur la muqueuse. Ces végétations augmentent les jours suivants et saignent quand on les frotte.

Le malade s'affaiblit progressivement, tombe dans un état de demi-assoupissement et meurt subitement le 3 avril, au moment où on allait faire son pansement.

Autopsie. — Il existe un peu d'emphysème des bords des poumons, des plaques laiteuses du péricarde viscéral, un foie légèrement muscade.

Les deux reins ont une surface blanchâtre avec arborisation vasculaire et sont le siège d'une dilatation hydronéphrotique modérée.

Tout le contenu du petit bassin est enlevé en bloc.

Le rectum est fendu sur la ligne médiane postérieure. Sa partie inférieure est remplacée par une large cavité à parois violacées, un peu végétante en avant. A 7 centimètres plus haut, le calibre va se rétrécissant progressivement.

Le rétrécissement en sablier occupe une hauteur de 9 cen-

timètres. Au point le plus étroit, le rectum étalé mesure 3 cm. 2 de circonférence.

Dans toute la hauteur de la partie rétrécie, la muqueuse offre un aspect lisse, sans plis muqueux, recouverte d'un exsudat gris verdâtre. Au-dessus le rectum reprend progressivement son calibre normal. La muqueuse reparaît avec son aspect souple, ses plis muqueux, mais elle est parsemée de très nombreuses saillies polyformes molles, cylindriques mesurant 1 à 2 centimètres de long, ayant 4 à 5 millimètres de diamètre et étant légèrement étranglées au niveau de leur pédicule.

Une section des parois rectales et des tissus péirectaux montre :

1^o A la partie inférieure, un tissu de granulation se confondant sans démarcation nette avec le tissu sous-jacent ;

2^o Au niveau de la partie rétrécie, une absence complète de muqueuse, une musculature très épaissie, d'apparence fibroïde, à stries perpendiculaires à la direction de l'intestin ; une masse d'apparence fibro-adipeuse parsemée de noyaux du volume d'une bille, les uns fermes et grisâtres, les autres gris blanchâtres et ramollis. Cette masse crie sous le scalpel et rappelle absolument l'aspect du squirrhe. Elle s'étend jusqu'aux os auxquels elle adhère ; en avant elle englobe la prostate et la vessie.

Après avoir ouvert en avant l'urèthre et la vessie on constate que l'infiltration néoplasique a envahi cette dernière. Son bas-fonds est rigide, mamelonné par suite de la présence du néoplasme qui apparaît plus blanc que le reste de la muqueuse vésicale souple sur laquelle on voit de petites plaques ecchymotiques.

La région prostatique de l'urèthre est saine.

Le cul-de-sac vésico-rectal est oblitéré par des adhérences assez serrées ; au-dessus d'elles, dans une hauteur de quelques centimètres on constate que la paroi rectale est altérée, infiltrée jusqu'à la surface péritonéale par le néoplasme qui lui donne un aspect rigide et blanchâtre.

Les uretères sont comprimés par la masse néoplasique qui les englobe avant le moment où ils pénètrent dans la vessie.

Tout le long de l'aorte, depuis les vaisseaux iliaques jusqu'aux piliers du diaphragme, existe une chaîne de ganglions augmentés, infiltrés par un tissu blanc et ferme à la coupe. Quelques ganglions cancéreux se trouvent dans le creux sus-claviculaire gauche.

Le gros intestin dans toute son étendue, cæcum compris, est rouge et semé de productions polyformes identiques à celles que nous avons décrites immédiatement au-dessus du néoplasme.

La partie terminale de l'intestin grêle est rouge sans végétation.

Le reste de l'intestin est sain.

Les examens histologiques faits par le Dr Mignot ont montré que le néoplasme était carcinomateux et que les petites végétations polyformes présentaient simplement une structure glandulaire sans lésion épithéliomateuse.

§ V. — L'anurie.

L'anurie est vraisemblablement un mode de terminaison extrêmement fréquent des cancers rec-

taux et toutefois si l'on s'en rapporte aux observations complètes elle est très rarement signalée. Il n'est pas surprenant qu'il en soit ainsi, car l'anurie des néoplasmes pelviens revêt dans la règle une forme latente (Uteau).

Les signes urémiques passent inaperçus et sont perdus dans les signes généraux que présentent ces malades à la période terminale, et il est vraisemblable que beaucoup de syndromes étiquetés cachexie cancéreuse ne sont autre chose que des syndromes urémiques, fébriles ou apyrétiques.

Les signes gastro-intestinaux ne sont pas constants et lorsqu'ils existent ils sont mis sur le compte de la localisation digestive de l'affection. Son insolation brusque par un coma est exceptionnelle. La rareté des observations cliniques ne permet pas d'individualiser le tableau de l'anurie dans le cancer du rectum, toutefois on peut le rapprocher de celle bien connue des cancers cervico-utérins. L'existence d'une fistule recto-vésicale avec perte des urines par l'anus complique également le tableau clinique.

Les observations typiques d'anurie avec autopsie sont rares. Nous rappellerons l'observation de Schoening rapportée dans la thèse d'Uteau : celle de Fayard, de Rabe et de Papin.

OBSERVATION VI (Schoening).

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1889.)

Une jeune fille de 17 ans qui avait souffert à l'âge de 7 ans d'un prolapsus rectal et à 16 ans avait présenté des selles sanglantes durant un mois, trois mois après, la constipation s'établit avec quelques hémorragies légères.

Deux mois plus tard, les matières devinrent liquides et s'échappèrent involontairement. Elle entra à l'hôpital, deux mois après, dans un mauvais état, se plaignant de douleurs abdominales et d'inappétence.

A l'examen, les symptômes caractéristiques permettent de poser le diagnostic de cancer du rectum.

Au toucher rectal, le doigt atteint l'extrémité supérieure de la tumeur en arrière, ce qui n'est pas possible en avant.

Six jours après l'entrée, on procède à l'extirpation du rectum. Il se produit un peu d'hémorragie par suite des adhérences de la tumeur au sacrum.

On n'ouvrit pas cependant le péritoine et, ni le vagin, ni la vessie, ne furent blessés.

On abaissa l'intestin et on le sutura à la plaie dont la ligne d'incision avait environ 10 centimètres.

Plus tard, il survint de la rétention d'urine et il s'établit une cystite purulente : le deuxième jour, il s'élimina un lambeau de rectum long de 6 centimètres et enfin il survient une sténose de l'anus.

Environ deux mois après l'opération, il se produit brusquement du coma et des convulsions terminées par la mort,

due comme l'autopsie le démontra, à des phénomènes d'urémie par suite de la compression et de l'aplatissement des uretères dans la traversée de la tumeur.

OBSERVATION VII (Fayard).

(Thèse Lyon, 1891).

François B..., 41 ans, entre le 20 novembre 1890 dans le service du Professeur Tripier.

En mai 1889, début par une constipation opiniâtre, puis alternative de constipation et de diarrhée, douleurs vives à l'anus. Coliques.

Au toucher rectal, rétrécissement cancéreux et ulcéré.

Opéré le 28 novembre 1889 avec anus iliaque ; le 16 décembre, le malade présente une température à 40 degrés et meurt le 8 janvier, l'anus artificiel fonctionnant parfaitement.

A l'autopsie, le tissu cellulaire inter-vésico-rectal est induré, mais il n'existe aucune propagation à la vessie. Le rein droit est normal : le rein gauche au contraire est augmenté de volume et présente une atrophie blanche de la substance corticale ; le bassin dilaté est rempli d'urine purulente, et la moitié supérieure de l'uretère dilatée atteint presque le volume d'un doigt.

En fendant l'uretère longitudinalement, on constate deux petites tumeurs qui bombent dans sa lumière, l'une siégeant au milieu de l'uretère, l'autre à 5 centimètres plus bas. Ces deux tumeurs sont constituées par du tissu néoplasique reproduisant la formule cancéreuse du cancer initial. Elles siègent dans la tunique moyenne de l'uretère et à leur niveau la muqueuse est saine et non ulcérée.

L'intégrité vésicale et de la partie inférieure de l'uretère fait admettre la propagation cancéreuse par voie lymphatique.

OBSERVATION VIII (Rabe).

(Société anatomique, janvier 1898.)

Cancer massif du rectum avec adénopathie inguinale double et envahissement des uretères.

Le malade hospitalisé pour une diarrhée chronique dont le début remontait à 7 mois, présente une adénopathie inguinale. Le toucher rectal est négatif.

On porte le diagnostic de cancer du rectum inaccessible à l'exploration digitale.

L'état général s'aggrave progressivement, et le malade succombe le 5 janvier 1898 au progrès de la cachexie.

Autopsie. — La palpation révèle une consistance ligneuse de la portion supérieure du rectum. Les uretères pelviens ne sont pas englobés dans la gangue squirrheuse et glissent librement sur les côtés de la tumeur rectale, mais sur une étendue de 7 à 8 centimètres, ils sont durs et bosselés et des coupes montrent la structure cancéreuse de ces nodosités.

OBSERVATION IX (Papin).

B..., âgé de 74 ans, entre à l'hôpital le 14 janvier 1908 parce qu'il n'a pas uriné depuis cinq jours, le sondage ne ramène rien.

17 janvier. — Néphrotomie droite qui permet l'évacuation dans les jours suivants d'une quantité importante d'urine, mais le malade meurt brusquement le 13 février 1908.

Autopsie. — L'uretère gauche est imperméable à la sonde de bas en haut, alors que le cathétérisme est possible de haut en bas. Il présente deux noyaux cancéreux en pleine tunique musculaire et à faible distance de la muqueuse.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

La nécessité d'une exérèse complète entraîne parfois le chirurgien à créer des lésions portant sur l'appareil urinaire.

L'organe le plus souvent atteint est la prostate dont la résection est particulièrement indiquée lorsque l'on constate une union intime du cancer et de cette glande. Dans certains cas même on a pu être amené à l'extirper dans sa totalité.

Les résections vésicales sont beaucoup plus graves et il est exceptionnel qu'elles ne soient pas suivies de fistules urinaires.

Les blessures accidentelles de la vessie portent surtout sur la région du col qui est particulièrement exposé et en pareil cas, il est nécessaire tout comme pour la résection de pratiquer une suture immédiate.

La blessure de l'urèthre se rencontre surtout lorsque l'envahissement prostatique est marqué et elle est surtout fréquente dans le premier temps de l'intervention lorsqu'on pratique la section du muscle recto-urétral.

La blessure de l'uretère est beaucoup plus rare,

cet organe est surtout atteint au moment de la section du méso-côlon sigmoïde dont le repli péritonéal entre en rapport avec l'uretère gauche.

A côté de ce rapport anatomique, il faut insister sur la gangue néoplasique qui peut venir englober les uretères et il sera alors nécessaire au chirurgien d'opérer au contact même de ce conduit.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

La plus fréquente est la rétention d'urine. Elle est d'ailleurs commune à toutes les interventions portant sur la cavité pelvienne et la région périnéale.

Elle peut s'installer immédiatement après l'intervention, le soir même ou progressivement dans les jours suivants.

Elle peut être transitoire et ne nécessiter qu'un ou deux cathétérismes au plus ou se prolonger durant des semaines ou même des mois. Elle est surtout fréquente dans les cancers amputés par voie périnéale.

Elle est expliquée par l'élongation et la section des filets nerveux qui, passant dans le champ opératoire, se rendent à la vessie.

Elle peut également relever d'un réflexe à point de départ péritonéal.

Chez un de ces malades Hartmann a signalé l'incontinence d'urine.

La cystite rentre dans le cas des accidents infectieux post-opératoires. Rarement spontanée, elle survient le plus souvent à la suite de cathétérismes répétés. Les urines deviennent purulentes, en même

temps qu'apparaissent de violentes douleurs hypogastriques.

Bien traitée, cette cystite est de pronostic généralement favorable, mais elle est souvent tenace et expose toujours le malade à l'infection urétéro-rénale.

Hadda a insisté sur la fréquence des cystites hémorragiques chez les malades opérés de cancer du rectum. Pour cet auteur, elle résulterait de la thrombose septique des veines vésicales.

« Les opérations portant sur le rectum ne sont
« jamais rigoureusement aseptiques et on ne peut
« empêcher que des microbes plus ou moins viru-
« lents ne pénètrent dans les veines péri-anales, si
« largement anastomosées avec les veines vésicales.
« Il se forme, dans ces veines, des thromboses sep-
« tiques qui, le cathétérisme aidant, expliquent
« l'éclosion des cystites. »

Cliniquement, cette cystite hémorragique survient du troisième au sixième jour après l'intervention et son premier symptôme serait l'hématurie. Au bout de quatre à cinq jours, l'hématurie diminue et la guérison complète se fait au bout de trois semaines environ.

La cystite purulente peut n'être que le premier stade d'une infection rénale ascendante qui se manifeste par une élévation brusque de la température à 40° avec frissons. Les urines purulentes prennent une odeur ammoniacale et le malade accuse des douleurs lombaires spontanées.

Des signes généraux graves s'exagèrent, la langue se sèche, et le malade est le plus souvent emporté au milieu d'un tableau mixte de septicémie et d'urémie.

Les fistules post-opératoires sont consécutives à des blessures de la vessie, de l'urètre ou des uretères. Elles présentent un symptôme commun, l'écoulement d'urine par la plaie avec ou sans miction.

De telles fistules retardent la cicatrisation de la plaie opératoire, mais leur évolution normale se fait le plus souvent vers la guérison spontanée. Si elles persistent, on sera autorisé à placer une sonde à demeure et en cas de fistulle rebelle, il sera nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

OBSERVATION X (Schede).

Chez un malade opéré de cancer du rectum par voie sacrée, de l'urine s'écoule par la plaie, plusieurs semaines après l'intervention.

Il existait une fistule urétérale qui ne survint pas au moment de l'opération, mais plus tard, à la suite d'une nécrose étendue du tissu péri-rectal.

Peu à peu l'expression d'urine par la plaie diminua, en même temps qu'un écoulement plus abondant se faisait par la voie naturelle. Puis les mictions redevinrent normales et l'absence de symptômes d'hydro-néphrose dut faire admettre que la plaie latérale de l'uretère s'était oblitérée spontanément.

CONCLUSIONS

I. — Les manifestations urinaires sont fréquentes au cours du cancer du rectum et dans certains cas dominant le tableau clinique réalisant les formes urinaires de cette affection.

II. — Elles surviennent à toutes les périodes et présentent des degrés de gravité variable, allant des troubles de la miction, généralement réflexes et sans pronostic, jusqu'à l'anurie et à l'infection urinaire qui assombrissent le pronostic et sont une cause importante de mortalité opératoire.

III. — On peut les grouper sous trois chapitres :
les complications évolutives,
les complications opératoires,
les complications post-opératoires.

IV. — Ces troubles peuvent être le premier symptôme d'un cancer latent du rectum et acquérir ainsi une grande valeur diagnostique.

V. — D'autres constituent de véritables contre-indications opératoires, temporaires ou définitives.

VI. — Les complications post-opératoires, très fréquentes, sont représentées avant tout par les fistules urinaires et l'infection rénale.

Vu : le Président de la thèse,
LEGUEU.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur
l'Inspecteur de l'Académie,
MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Chalier et Mondor.* — Le cancer du rectum (1923).
2. *Quénu et Hartmann.* — Chirurgie du rectum, t. II, p. 112.
3. *Uteau.* — De l'anurie dans le néoplasme pelvien. Thèse Paris, 1899.
4. *Quénu.* — Etude clinique sur le cancer du rectum (Revue de Chirurgie, 1897).
5. *Taillefert.* — Pathogénie des troubles vésicaux observés dans l'évolution du cancer rectal et du cancer utérin (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1898).
6. *Pascal.* — Les fistules vésico intestinales acquises chez l'homme et chez la femme. Thèse Paris, 1899.
7. *Papin.* — L'anurie dans le cancer du rectum (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1908, p. 675).
8. *Rochet.* — Société de Chirurgie de Lyon, 1901-1902.
9. *Hadda.* — De la cystite hémorragique après les opérations sur le rectum. Congrès de Chirurgie de Breslau, 1910.
10. *Fayard.* — Des indications opératoires dans le cancer du rectum. Thèse de Lyon, 1890.
11. *Bernard.* — Les complications et les manifestations urinaires dans le cancer du rectum. Thèse Lyon, 1912.
12. *Chavannaz.* — Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1897).

13. *Chalier*. — Le traitement chirurgical du cancer du rectum.

Thèse de Lyon, 1910.

14. *Bérard et Murard*. — Des complications urinaires au cours du cancer du gros intestin et des indications opératoires qui en découlent (Lyon chirurgical, 1^{er} janv. 1912).

15. *Imbert* (de Marseille). — Troubles urinaires dans le cancer du rectum. XXI^e Congrès français d'Urologie, 1925.

